

ANEXO XVII

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo:
CRM..... UF..... Nº.....
Endereço Completo e Telefone:
Cidade:..... UF:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

.....

.....

.....

.....

.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.:..... Órg. Emissor:	
End.:	
Cidade:..... UF:	
Telefone:	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____